Mon cher confrère,

En application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient ***sous pli confidentiel ce certificat médical,*** *pour qu'il le joigne à son dossier de demande.*

Le nouveau guide-barème s'appuie sur les concepts de l'Organisation Mondiale de la Santé ***(déficience - incapacité - désavantage).***

- *Une* ***déficience*** *correspond à une atteinte des organes et des fonctions.*
- *Une* ***incapacité*** *caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.*
- *Le* ***désavantage social*** *qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.*

Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, ***d'après l'importance de la déficience,*** *celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles, ainsi que l'autonomie dans la vie quotidienne.*

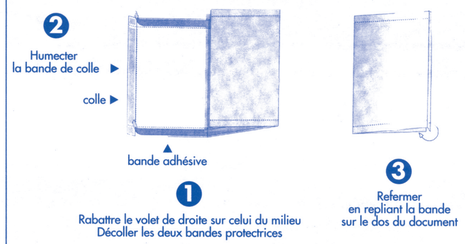
Pour permettre aux médecins de l'équipe technique d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la CDA un taux d'incapacité équitable, veuillez avoir l'obligeance de ***compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires.***

Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la commission de la CDA sont astreints au secret médical (article 378 du Code Pénal).

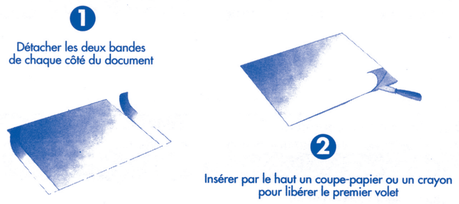
Le médecin de l'équipe technique de la CDA

PS : Le médecin de la CDA est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

MODE D'EMPLOI POUR LA FERMETURE DU "CERTIFICAT MÉDICAL CDA"



MODE D'EMPLOI POUR L'OUVERTURE DU "CERTIFICAT MÉDICAL CDA"


1
Détacher les deux bandes de chaque côté du document
2
Insérer par le haut un coupe-papier ou un crayon pour libérer le premier volet

Cachet de la CDA

cerfa
N° 10012*01

COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPÉES

CERTIFICAT MÉDICAL

Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993

Ce certificat, remis au demandeur sous pli fermé confidentiel et à n'ouvrir que par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sera joint à l'ensemble du dossier destiné à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui étudiera la demande présentée.

Veuillez cocher les cases correspondant à vos réponses

A ○ **Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé**
Article 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.

B ○ **Demande de carte**
Article 173 du C.F.A.S.

C ○ **Demande de Prestation de Compensation (PC)**
Arrêté du 30 juillet 1979.

D ○ **Demande d'Orientation, Scolarisation, Formation**
Articles 4 et 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.

L'enfant pour lequel la demande est présentée

Nom

Prénom

Sexe F ☐ M ☐ Date de naissance

Lieu de naissance

Classe suivie

S'il s'agit d'une classe spécialisée, préciser laquelle

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté

Le demandeur responsable de l'enfant

Nom

Prénom

Parenté avec l'enfant

Adresse

Code postal

Commune

Caisse d'allocations familiales

N° d'allocations familiales

Diagnostic principal motivant la présente demande :

Croissance : Taille ☐ Poids ☐

Renseignements périnataux : Poids de naissance ☐ Age gestationnel ☐ Gémellité ☐

Antécédents périnataux (réanimation ...)

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Déficiences

Déficiences psychiques et/ou intellectuelles
- Troubles de l'identité et de l'image du corps
- Troubles psychomoteurs
- Perturbations du langage oral et/ou écrit portant sur la compréhension et/ou l'expression et entravant la communication
- Difficultés relationnelles et de comportement à apprécier en particulier dans les situations de jeux et d'apprentissages
- Existence d'une déficience intellectuelle - Résultat du bilan psychométrique éventuellement pratiqué

Préciser la nature des tests utilisés

Déficiences liées à l'épilepsie ***Joindre*** *le compte rendu du dernier EEG*

Type Fréquence des crises

Déficiences de l'audition ***Joindre*** *un audiogramme oreille droite/oreille gauche sans appareillage*

Déficiences du langage de la parole et de l'écrit ***Joindre*** *un compte rendu d'orthophonie et, s'il y a lieu, un bilan neuropédiatrique*
- Dysphasie - Dyslexie - Dysorthographie - Dyscalculie - Dysarthrie - Dysgraphie ...

- Mode de communication habituel de l'enfant : ☐ verbal ☐ autre *(préciser ci-dessous) :*

Déficiences de la vision
- Acuité visuelle bilatérale corrigée de loin/de près
- Champ visuel binoculaire (si utile)

Cécité : ☐ unilatérale ☐ bilatérale Baisse de l'acuité visuelle : ☐ unilatérale ☐ bilatérale

Déficience de l'oculomotricité : ☐ Non ☐ Oui Autres

Une amélioration est-elle possible? ☐ Non ☐ Oui

Déficiences de la fonction cardiovasculaire ***Joindre*** *les résultats des examens complémentaires*
- Signes fonctionnels

- Degré d'insuffisance cardiaque
- Tension artérielle ☐ / ☐

Déficiences de la fonction respiratoire ***Joindre*** *les résultats des examens complémentaires dont Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)*
- Signes fonctionnels

- Moyens d'assistance respiratoire
  oxygénothérapie : ☐ Continue ☐ Discontinue

  assistance respiratoire
- Trachéostomie : ☐ Non ☐ Oui
- Autres :

Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive ***Joindre*** *les résultats des examens complémentaires*
- Troubles de la prise alimentaire - Troubles du transit - Troubles sphinctériens - Iléostomie...

- Régime ou mode d'alimentation particulier ☐ Non ☐ Oui Lequel ?

Déficiences de la fonction rénale ou génito-urinaire ***Joindre*** *les résultats des examens complémentaires*
- Fonction rénale

Dialyse : ☐ Non ☐ Oui Fréquence hebdomadaire ☐

- Fonction urinaire
  Rétention - Incontinence diurne et/ou nocturne - Sonde - Couches...

Déficiences endocriniennes, métaboliques, enzymatiques ***Joindre*** *les résultats des examens complémentaires*

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique ***Joindre*** *les résultats des examens complémentaires*

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur ***Joindre*** *les résultats des examens complémentaires*
- Type de déficience : paralysie - ankylose - amputation - incoordination - déformations orthopédiques

- Troubles du tonus - Mouvements anormaux - Troubles de l'équilibre...

- Troubles sensitifs associés : ☐ Non ☐ Oui

- Localisation : membres - tête - tronc...

- Appareillage : Tolérance :
- Station debout pénible : ☐ Non ☐ Oui Fauteuil roulant : ☐ Non ☐ Oui

Déficiences esthétiques : séquelles de brûlure ou cicatrice ayant un retentissement sur la vie sociale et de la relation
- Type - Localisation

Nature des soins ▪ Contraintes ▪ Tolérance

	Nature des soins	Fréquence et lieu des interventions
.Traitement médicamenteux		
.Traitement chirurgical		
.Greffe .Transplantation		
.Soins psychothérapeutiques		
.Rééducations		
.Autres prises en charge		

Retentissement des difficultés de l'enfant et des contraintes thérapeutiques sur la vie familiale

Autonomie

L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient	Normalement ou seul	Difficilement *ou* avec une aide	Impossible *ou* avec une aide totale	Inappréciable compte tenu de l'âge
L'enfant est capable de :				
1 . se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux				
2 . communiquer oralement				
3 . se comporter de façon logique et sensée				
4 . se lever/se coucher ou passer du lit au fauteuil/fauteuil au lit				
5 . se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant				
6 . se déplacer à l'extérieur				
7 . utiliser les transports en commun non spécialisés				
8 . boire et manger				
9 . s'habiller et se déshabiller				
10 . faire sa toilette				
11 . contrôler l'excrétion urinaire				
12 . contrôler l'excrétion fécale				

Certificat médical établi par le Docteur :

Coordonnées ***ou*** ***Cachet*** ***Date***

Docteur

Spécialité ***Signature***

Adresse

Téléphone